

# Anticoncepção na paciente com Lúpus eritematoso sistêmico

Contraception in patients with lupus erythematosus

Barbara Cury Soubhia<sup>1</sup>  
Denise Leite Maia Monteiro<sup>2</sup>  
Bárbara Garcia Mendes<sup>3</sup>

## Palavras-chave

Anticoncepção  
Lupus Eritematoso Sistêmico  
Estrogênios

## Keywords

Contraception  
Lupus Erythematosus , Systemic  
Estrogens

## Resumo

**Introdução:** O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença grave, crônica, de origem autoimune, mais prevalente entre as mulheres. Devido à melhora da terapêutica, crianças e adolescentes têm se beneficiado de maior sobrevivência, devendo-se orientar sobre contracepção, evitando assim uma possível gravidez, em uso de terapia com risco de teratogenicidade. **Objetivo:** Avaliar o tipo de contracepção mais adequada em portadoras de LES, de acordo com a fase da doença. **Métodos:** Esta revisão sistematizada utilizou as bases de dados: Medline (PubMed), SciELO, LILACS e Google Acadêmico, usando como estratégia de busca "Systemic lupus erythematosus" AND "Contraception". **Resultados:** Sete estudos foram selecionados para avaliação da anticoncepção hormonal em pacientes portadoras de LES. As pacientes com anticorpo antifosfolípideo positivo (aPL+) ou desconhecido apresentam restrição aos métodos hormonais, sendo o DIU de cobre o único método indicado. Em pacientes com trombocitopenia severa, qualquer método pode ser usado, apenas o início da contracepção com injetável ou DIU de cobre são considerados categoria 3. O uso de anticoncepcionais só de progesteragênio ou DIU de levonorgestrel reduz o volume do sangramento vaginal nestas pacientes. No caso de uso de imunossuppressores, pode-se utilizar qualquer método, desde que não apresentem aPL+. **Conclusão:** Métodos hormonais não devem ser utilizados em pacientes com aPL+. É importante rastrear a presença desses anticorpos, antes de iniciar a contracepção na paciente lúpica, além de adequar os diversos tipos de anticoncepção individualmente, de acordo com a forma de administração que melhor se adapte a aquele momento de vida.

## Abstract

**Introduction:** The Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a serious and chronic disease with an autoimmune origin, more prevalent among women. Due to improvement of the therapeutic, children and adolescents have been benefited with greater survival and must be guided on contraception, thus avoiding a possible pregnancy, in use of therapy with risk of teratogenicity. **Objective:** To evaluate the most appropriate type of contraception in women with SLE, according to the stage of the disease. **Methods:** This critical review has used the databases of: Medline (via PubMed), SciELO, LILACS and Google Scholar, using as search strategy "Systemic lupus erythematosus" AND "Contraception". **Results:** Seven studies were selected for the evaluation of hormonal contraception in women with SLE. Patients with positive antiphospholipid antibody (aPL+) or unknown present restriction on hormonal methods, being the copper IUD, the only suitable method. In patients with severe thrombocytopenia, any method can be used, only the beginning of contraception with injectable or copper IUDs are considered category 3. Only progestogen contraceptives or levonorgestrel IUD reduce the amount of vaginal bleeding in these patients. In the case of use of immunosuppressants may be used any method, provided they do not exhibit aPL+. **Conclusion:** Hormonal methods should not be used in patients with aPL+. It is important to track the presence of these antibodies before starting contraception in lupus patients, in addition to adjust different types of contraception for each patient according to the form of administration which best suits the moment of their lives.

Estudo realizado no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) – Teresópolis (RJ), Brasil.

<sup>1</sup>Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO – Teresópolis (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Professor Titular do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO – Teresópolis (RJ), Brasil; Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Discente do Curso de Graduação em Letras e Convidada na Pesquisa PROATEC/UERJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Barbara Cury Soubhia – Rua Hildegardo de Noronha, 1514, apto 206 – CEP: 25961-260 – Teresópolis (RJ), Brasil –

E-mail: barsoubhia@hotmail.com

**Conflito de interesses:** não há.

## Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença grave, crônica, de origem autoimune<sup>1</sup> (B). Sua etiologia pode abranger interação entre fatores ambientais, infecciosos e hormonais em indivíduos que possuem suscetibilidade genética, tendo como consequência inflamação e dano do órgão estrutural permanente<sup>1,2</sup> (B,D). A função das células *natural killer*, fagócitos e células T citotóxicas encontra-se deprimida em pacientes portadores da doença, podendo ser reforçada em pacientes gestantes<sup>1</sup> (B).

A doença tem maior prevalência entre as mulheres, evidenciando uma proporção de 10:1 em relação aos homens, sendo que em certas populações há aumento no sexo feminino durante a fase reprodutiva<sup>3</sup> (D). Em geral, a doença apresenta maior incidência em mulheres não brancas em idade reprodutiva. Mundialmente, varia de 35/100.000 em uma subpopulação branca no Reino Unido<sup>4</sup> (D) para 694/100.000 em uma subpopulação afro-americana nos EUA<sup>5</sup> (D). Pesquisas nos Estados Unidos (EUA) e na Europa apontam que o LES afeta de 40 a 200/100.000 pessoas, sendo de 15 a 20% crianças e adolescentes<sup>6</sup> (D).

A doença pode se apresentar com diferentes fases ao longo do tempo, sendo elas: crônica ativa, remissão e remissão-exacerbação<sup>7</sup> (D). Entre as escalas para avaliação da atividade da doença em um paciente, uma das mais utilizadas é a denominada *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI), que se baseia em 24 parâmetros clínicos e laboratoriais, cada um com um determinado valor numérico. Acredita-se que um valor maior que 11 corresponda à forma severa<sup>7</sup> (D).

O LES em crianças possui acentuada gravidade em relação ao paciente adulto, sendo comum o aparecimento de complicações hematológicas e renais, fato que implicou nos últimos anos a implantação de uma terapia mais agressiva, com altas doses de corticóides e drogas imunodepressoras, possibilitando o prolongamento da vida. Por outro lado, resultou em aumento da toxicidade em vários órgãos e sistemas, a médio e longo prazo<sup>8</sup> (D).

Devido à melhora terapêutica, crianças e adolescentes tem se beneficiado de maior sobrevida diante da doença, o que torna possível a iniciação sexual. O reumatologista pediátrico deve orientar sua paciente a respeito da contracepção disponível, de modo que seja confortável, seguro e eficaz, evitando assim uma possível gravidez não planejada durante a adolescência<sup>6</sup> (D).

O não planejamento de uma gestação pode levar ao problema da teratogenicidade, isso porque o tratamento do LES envolve drogas, como a ciclofosfamida e metotrexato, que leva à elevada taxa de perda fetal ou mal formação<sup>6,8-10</sup> (B,B,D,D).

Um fato que deve ser observado com preocupação, em particular no grupo em idade fértil, é o não aconselhamento para as

mulheres portadoras do LES tanto na fase de contracepção, como na pré-concepção e na gestação, para que elas saibam o melhor método contraceptivo, a melhor data para engravidar, quais as possíveis complicações do uso de contraceptivos hormonais e as contra-indicações da gravidez<sup>1,11-13</sup> (B,D,A,C).

Por esses motivos, torna-se importante a realização desse estudo, que tem como objetivo demonstrar entre os métodos contraceptivos disponíveis, os que mais se adaptam à paciente portadora de LES.

## Método

Foi realizada ampla pesquisa na literatura médica procurando identificar e extrair informações da literatura nacional e internacional. Esta revisão sistematizada utilizou como bases de dados: Medline (por meio do PubMed), SciELO, LILACS e Google Acadêmico.

Para identificação de publicações no PubMed, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: “*Systemic lúpus erythematosus*” AND “*Contraception*”, sendo encontrados 38 artigos. Para a pesquisa nas outras bases foram acrescentados os termos, “lupus eritematoso sistêmico” e “contracepção”, encontrando cinco artigos. Foram excluídos 19 artigos, por dois revisores, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos (Tabela 1). Permaneceram 24 artigos para nova avaliação. Destes, dois precisaram ser excluídos por não ter sido possível acesso ao texto completo. Ainda foram incluídos oito artigos de revisão para auxiliar na confecção da introdução e discussão. A pesquisa totalizou com 30 fontes bibliográficas.

O detalhamento da forma de seleção dos artigos utilizados na confecção deste estudo encontra-se na Figura 1.

Para a classificação dos trabalhos citados na revisão, utilizou-se a classificação proposta pela Associação Médica Brasileira (Quadro 1).

**Tabela 1** - Critérios de inclusão e exclusão na revisão sistematizada sobre anticoncepção na paciente com lúpus eritematoso sistêmico

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
1- Estudos com mulheres lúpicas em idade fértil.	1- Estudos em idiomas de difícil compreensão.
2- Artigos sobre contracepção em portadoras de LES.	2- Estudos anteriores a 2004.
3- Estudos sobre aconselhamento contraceptivo em pacientes lúpicas.	3- Estudos que incluem outras doenças crônicas.
4- Estudos em português, inglês, espanhol e francês.	4- Artigos sobre complicações e tratamento do LES, não relacionados à contracepção.
	5- Estudos de outras abordagens da paciente com LES que não a anticoncepção.

LES: lúpus eritematoso sistêmico.

## Resultados

Dos artigos selecionados, o total de estudos que satisfizeram os critérios de inclusão e que foram incluídos na análise dos resultados desta revisão sistematizada foi de sete. A descrição do desenho de cada estudo, objetivo, amostra, método contraceptivo usado, tempo de uso e os resultados em pacientes portadoras de LES estão detalhadas na Tabela 2.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, com o uso de contraceptivos hormonais combinados em mulheres portadoras de LES, ocorre maior exacerbação da doença ativa, nas pacientes com aPL+. Quando este anticorpo não está presente, a chance de exacerbação é igualada à de pacientes que não utilizam o método anticoncepcional. Conseqüentemente, mulheres com aPL+ apresentam aumento significativo do risco de trombose arterial e venosa, devendo-se evitar o uso de métodos hormonais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu critérios de elegibilidade para assegurar margem de segurança adequada, enquadrando cada condição que possa afetar a elegibilidade do método anticoncepcional em quatro categorias (Tabela 3).

Na paciente lúpica, a indicação do uso de contraceptivos hormonais depende de três fatores: a presença de anticorpos

antifolopídeos, a existência de trombocitopenia grave e a utilização de medicamentos imunossupressores<sup>20</sup> (D).

As pacientes com aPL+ ou desconhecido apresentam restrição aos métodos contraceptivos hormonais (categorias 3 e 4). O único método que pode ser utilizado é o DIU de cobre (categoria 1)<sup>20</sup> (D).

No caso da trombocitopenia grave, qualquer método pode ser indicado, sendo todos os anticoncepcionais considerados como categoria 2. Atenção deve ser dada apenas no início da contracepção com método injetável ou o DIU de cobre que são considerados categoria 3<sup>20</sup> (D).

Ainda segundo os critérios de elegibilidade, as pacientes lúpicas em tratamento imunossupressor, sem a presença do aPL, podem utilizar qualquer tipo de método anticoncepcional, sendo na sua maioria categoria 2. O DIU de cobre se

### Quadro 1 - Grau de recomendação e força de evidência

A	Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (Metanálises ou ensaios clínicos randomizados)
B	Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle)
C	Relatos ou séries de casos (estudos não controlados)
D	Opinião desprovida de opinião crítica, baseadas em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais

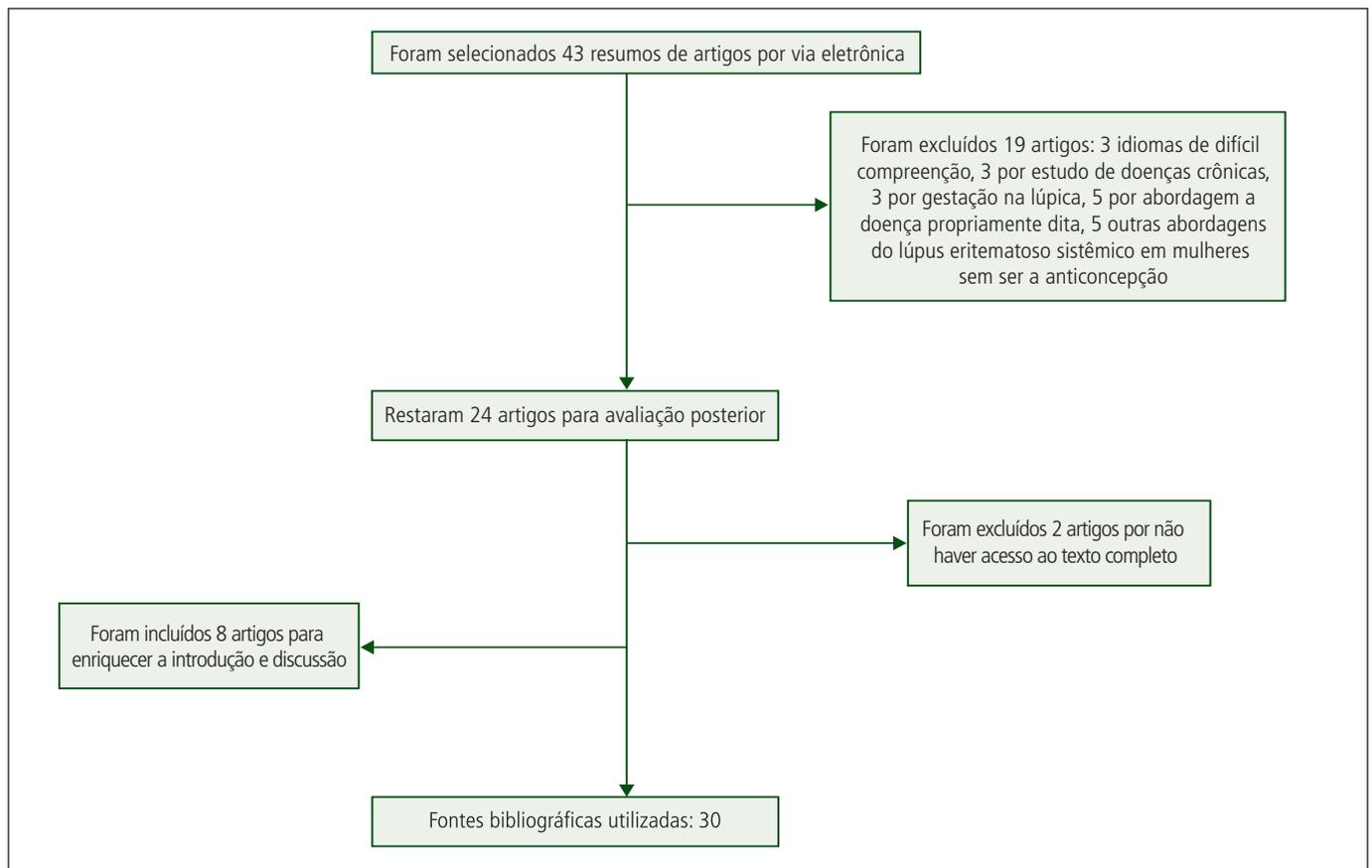


Figura 1 - Fluxograma de busca de referências

enquadra na categoria 1 para continuidade e categoria 2 para inserção<sup>11,20</sup> (D).

Caso a paciente não apresente nenhuma das características citadas anteriormente, o tratamento pode ser realizado com o método que mais se adapte ao estilo de vida, pois todos estão nas categorias 1 ou 2, não apresentando riscos<sup>20</sup> (D).

## Discussão

O aconselhamento sobre o método anticoncepcional a ser utilizado e sua necessidade, mostra-se importante para auxiliar a mulher lúpica e sua família, fornecendo informações adequadas para aquele momento de vida. Para definir o uso de anticoncepcionais, é necessário conhecer suas vontades e anseios quanto à vida sexual e reprodutiva, visando programar a gravidez para um período em que a mulher esteja com a doença estável<sup>13</sup> (C).

Estudos em adultas com LES mostram que, se a gravidez ocorrer durante a fase ativa da doença, o prognóstico fetal e materno será pior. Deste modo, a condição clínica da paciente antes da gestação pode agravar a doença de maneira inesperada<sup>10,13</sup> (C). A doença se exacerba durante a gravidez, geralmente quando está ativa nos seis meses anteriores à concepção, sendo

necessária atenção ao período de remissão, mais precisamente no período de quietude da doença<sup>7,9,13</sup> (D,B,C). A gestação pode ser comprometida de diversas maneiras com o agravamento da doença: pré-eclâmpsia, insuficiência renal, trabalho de parto prematuro, restrição do crescimento fetal e lúpus neonatal são algumas complicações que pioram o prognóstico materno-fetal<sup>6,13,21,22</sup> (D,C,B,D).

O aconselhamento deve ser realizado em qualquer momento do menacme, seja no período pré-gestacional, mesmo quando em uso de contracepção, durante a gestação e pós-gestacional, por equipe multidisciplinar composta por ginecologista, obstetra, reumatologista, neonatologista e, quando indicado, nefrologista, neurologista e cardiologista<sup>6,23</sup> (D).

**Tabela 3** - Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos da Organização Mundial da Saúde

Categoria	Com avaliação clínica completa	Com avaliação clínica limitada
1	Usar o método em quaisquer circunstâncias	SIM - utilizar método
2	Geralmente usar o método	
3	Uso geralmente não recomendado a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitos	NÃO - não utilizar método
4	O método não deve ser utilizado	

**Tabela 2** - Descrição dos estudos sobre anticoncepção na paciente lúpica

Estudo/ano	Desenho de estudo	Objetivo	Amostra	Tempo de uso	Método contraceptivo	Resultados
Chabbert-Buffet et al. (2010) <sup>14</sup> (B)	Coorte (B)	Avaliar uso de gestações na contracepção	187	46±34,6 meses	ACO (CMA, ACP)	TEV = 1,39/ano/1.000♀ (TVP:1). Doença macroarterial = 2,75/ano/1.000♀ (IAM: 1, oclusão tibial: 1)
Cravioto et al. (2014) <sup>1</sup> (A)	Ensaio clínico randomizado (A)	Efeitos colaterais não relacionados ao LES em ≤ 40 anos	162	12 meses	DIUTCu380A, POP(LNG30), ACO: EE30+LNG150	Náuseas (ACO), dismenorreia (DIU), acne e hirsutismo (POP), discreto aumento de peso e PA inalterada
Choojitaram et al. (2007) <sup>15</sup> (B)	Coorte (B)	Avaliar os preditores de trombose em pacientes LES com Acanti-fosfolípideo + (aPL+)	67	-	ACO	Trombose (26), sendo + freq. se aPL+. Uso de ACO e NL associados com >risco de trombose.
Whitelaw et al. (2007) <sup>16</sup> (B)	Coorte (B)	Acompanhar uso de ACO em mulheres de 29-45 anos	8	7 meses	ACO: EE30+LNG150	Das 6 que usaram ACO: 3 exacerbação de crises, 1 morte. As 2 sem uso: sem alterações
Petri et al. (2005) <sup>17</sup> (A)	Ensaio clínico duplo cego, placebo controlado (A)	efeito do ACO sobre a atividade do LES	91 / 92	12 meses	EE trifásico e placebo	7,7% exacerbação com EE e 7,6% exacerbação com placebo (não signif.)
Sanchez-Guerrero et al. (2005) <sup>18</sup> (A)	Ensaio clínico randomizado (A)	Efeitos de ACO sobre a atividade da doença (LES)	54	12 meses	EE/LNG, LNG, DIU TCu 380A	Risco de exacerbação não significativo: 0,92/0,90/0,87, respectivamente
Chopra et al. (2002) <sup>19</sup> (B)	Caso controle (B)	Identificar fatores associados entre trombose e aPL+	157	Não especificado	ACO	Trombose em geral: 1,52 (IC95% 0,60-3,88); T. venosa: 1,0 (IC95% 0,3-3,3); T. arterial: 1,8 (IC95% 0,6-5,3)

TEV: tromboembolismo venoso; TVP: trombose venosa profunda; IAM: infarto agudo do miocárdio; POP: pílula oral de progesterona; ACO: anticoncepcional oral combinado; NL: Nefrite Lupica; CMA: clormadinona; ACP: acetato de ciproterona; LNG: levonorgestrel.

O estrogênio pode potencializar a atividade fagocítica e as células apresentadoras de antígeno de macrófagos, maturar células T-helper e ativar células policlonais. O estrogênio desloca o equilíbrio da produção de citocinas Th1/Th2, em direção a este último, e, como o LES é predominantemente uma doença mediada por citocina Th2, teoricamente, está propenso a agravamento da doença, condições que preocupam os médicos responsáveis por essas pacientes<sup>24</sup> (D).

Dois ensaios clínicos randomizados mostraram boa evidência de que a atividade da doença não foi agravada, mesmo em mulheres com LES ativo, inativo ou estável fazendo uso de contraceptivos orais combinados ou pílulas só com progestagênio<sup>18,19</sup> (A,B).

Em relação às pacientes com LES que possuem aPL+, deve-se ter maior atenção, pois apresentam maior risco de eventos trombóticos e morbidade na gestação<sup>23</sup> (D). Três dos estudos analisados confirmaram este aumento de eventos tromboembólicos em mulheres com aPL+<sup>14,15,19</sup> (A,B,B).

Nos três ensaios clínicos randomizados foram relatados eventos tromboembólicos como eventos adversos graves: quatro mulheres tiveram um evento trombótico durante o uso de ACO, duas mulheres desenvolveram trombose durante o uso de pílula somente de progestagênio, enquanto a trombose ocorreu em três mulheres que tomaram placebo. No estudo de Petri et al.<sup>17</sup> (A), foram excluídas as mulheres com títulos moderados ou altos de anticorpos antifosfolípidos (mais de 40–50 unidades de IgG, IgM, IgA anticorpos anticardiolipina, ou qualquer positividade de lúpus anticoagulante), cinco eventos trombóticos foram relatados, mas esses resultados não foram analisados pois o anticorpo antifosfolípide estava em baixos níveis. No estudo de Sanchez-Guerrero et al.<sup>18</sup> (A), todos os quatro casos de trombose ocorreram em mulheres com presença de anticorpos antifosfolípidos. Com base nos resultados apresentados, percebe-se que portadoras de LES apresentam maior risco de evento tromboembólico que a população geral, sendo que as com aPL+ tem essa chance ainda mais aumentada. O que não se sabe ao certo é o papel que a contracepção hormonal pode ter em alterar esse risco<sup>25</sup> (A).

Pílulas anticoncepcionais contendo etinilestradiol podem aumentar tanto a gravidade como a incidência da doença, tendo assim seu uso discutível, não por questões reprodutivas, mas pela possível influência do estrogênio no LES<sup>14,26</sup> (A,D). Os anticoncepcionais que contêm estrogênio são considerados fatores etiológicos, sendo associados a exacerbações com gravidade variável e eventos trombóticos<sup>2</sup> (D).

As evidências disponíveis indicam que muitas mulheres com LES podem ser consideradas boas candidatas para a maioria dos métodos contraceptivos, mesmo os contraceptivos hormonais. Além disso, as pacientes com LES são mais propensas a apresentar

certas condições médicas coexistentes, tais como trombocitopenia grave, aterosclerose, hipertensão e trombose venosa, o que pode tornar certos contraceptivos menos aconselháveis, para mulheres com essas condições<sup>25</sup> (A).

São necessários mais estudos incluindo outros métodos anticoncepcionais além dos contraceptivos orais em mulheres com LES, bem como outros estudos que examinam os resultados de atividade não relacionados à doença. Em particular, informações adicionais relativas à modificação do risco de tromboembolismo venoso (TEV) em mulheres com LES, utilizando métodos hormonais combinados. No geral, os benefícios da contracepção para muitas mulheres com LES provavelmente superam os riscos de uma gravidez indesejada<sup>25</sup> (A).

O uso dos anticoncepcionais só de progestagênios (AP) possui grande utilidade nas portadoras de trombocitopenia severa, já que essa condição aumenta o risco de sangramentos. Portanto, os AP podem ser úteis no tratamento de menorragia nestas mulheres. Contudo, devido ao maior fluxo e mais irregularidade menstrual observados no início do uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e de sua permanência por 11 a 13 semanas após sua administração, o início deste método nessas mulheres deve ser recomendado com cautela<sup>20</sup> (D).

A diminuição da densidade mineral é motivo de preocupação entre mulheres com LES, pelo risco aumentado de osteopenia devido à doença e ao uso de corticosteróides. Suplementação de cálcio e vitamina D é prudente para adolescentes com lúpus que utilizam AMPD. Menstruação irregular e ganho de peso também são frequentes com o uso, facilitando a não adesão. O implante liberador de etonogestrel, possui eficácia de até três anos, sendo rapidamente reversível. Pode levar a irregularidade menstrual, mas ao contrário do AMPD não parece ter efeito negativo sobre a densidade<sup>6</sup> (D).

A colocação do DIU medicado com levonorgestrel (SIU-LNG) pode ajudar a reduzir o sangramento da trombocitopenia. Sua indicação deve ser avaliada de acordo com a gravidade da trombocitopenia e de suas manifestações clínicas. Mulheres com trombocitopenia muito severa, com consequente risco de sangramento espontâneo devem consultar um especialista e se submeter a tratamento antes da inserção do DIU de cobre<sup>20</sup> (D). No caso dos métodos de barreira, mulheres portadoras de condições que façam com que a gravidez seja um risco inaceitável devem ser informadas de que os métodos de barreira podem não ser adequados para aquelas que não consigam usá-los consistente e corretamente devido aos seus altos índices de falha em uso normal<sup>20</sup> (D).

Estudos demonstraram que a terapia imunossupressora com corticosteróides e drogas citotóxicas obtiveram pouco ou

nenhum benefício nas pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF). Os níveis de anticorpos anticardiolipina (aCL) se apresentaram resistentes à terapia imunossupressora, e há pouca evidência de que drogas imunossupressoras alterem o curso do estado de hipercoagulabilidade<sup>27</sup> (C). Apesar disso, alguns pesquisadores consideram a possibilidade de uso da terapia imunossupressora em pacientes que não respondem à terapia antitrombótica ou com SAF catastrófica<sup>28</sup> (D).

A contracepção hormonal parece segura para as pacientes com LES inativo ou ativo, porém estável, que não possuem aPL. Deve-se rastrear as mulheres portadoras de LES para estes anticorpos, antes do início de um método hormonal. A drospironona pode predispor o desenvolvimento de hipercalemia e pacientes com insuficiência renal devem ser monitoradas quando em uso deste ACO<sup>29</sup> (D).

Para pacientes com LES ativo, métodos de barreira ou contraceptivos somente de progestagênio são opções viáveis.

O uso de acetato de medroxiprogesterona em pacientes recebendo corticoesteróides pode ser problemático, em função do aumento do risco de perda óssea adicional<sup>30</sup> (D).

## Conclusão

Os contraceptivos somente de progestagênios (via oral e SIU-LNG) são cada vez mais empregados por não aumentarem o risco de trombose, principalmente em pacientes que necessitam de anticoagulação e se beneficiam da redução do sangramento menstrual. Os métodos hormonais não devem ser utilizados em pacientes com anticorpo antifosfolípido positivo, sendo recomendado o DIU de cobre como contraceptivo, visando evitar complicações tromboembólicas futuras. Ressalta-se a importância de rastrear a presença desses anticorpos, antes de iniciar a contracepção na paciente lúpica.

## Leituras suplementares

1. Foocharoen C, Nanagara R, Salang L, Suwannaroj S, Mahakkanukrauh A. Pregnancy and disease outcome in patients with systemic lupus erythematosus (SLE): a study at Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(2):167-74.
2. Duarte C, Inês L. Oral contraceptives and systemic lupus erythematosus: what should we advise to our patients? *Acta Reumatol Port*. 2010;35(2):133-40.
3. Pons-Estel GJ, Alarcon GS, Scofield L, Reinlib L, Cooper GS. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(4):257-68.
4. Molokhia M, McKeigue P. Risk for rheumatic disease in relation to ethnicity and admixture. *Arthritis Res*. 2000;2(2):115-25.
5. Chakravarty EF, Bush TM, Manzi S, Clarke AE, Ward MM. Prevalence of adult systemic lupus erythematosus in California and Pennsylvania in 2000: estimates obtained using hospitalization data. *Arthritis Rheum*. 2007;56(6):2092-94.
6. Teshler MS, Whitaker A, Gilliam M, Wagner-Weiner L, Onel KB. Contraception for adolescents with lupus. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2010;8:10.
7. Cravioto MDC, Durand-Carbajal M, Sánchez-Guerrero J. Contraception in women with systemic lupus erythematosus. *Rev Invest Clin*. 2009;61(2):150-9; discussion 159-60.
8. Tincani A, Nuzzo M, Lojacono A, Cattalini M, Meini A. Contraception in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007;16(8):600-5.
9. Yazdany J, Trupin L, Kaiser R, Schmajuk G, Gillis JZ, Chakravarty E, et al. Contraceptive counseling and use among women with systemic lupus erythematosus: a gap in health care quality? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(3):358-65.
10. Kaufman M. Pregnant adolescents and youth with systemic lupus erythematosus: can new data inform our approach to young women with SLE? *J Rheumatol*. 2008;35(7):1240-1.
11. Culwell KR, Curtis KM. Contraception for women with systemic lupus erythematosus. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2013;39(1):9-11.
12. Cravioto MD, Jiménez-Santana L, Mayorga J, Seuc AH. Side effects unrelated to disease activity and acceptability of highly effective contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus: a randomized, clinical trial. *Contraception*. 2014;90(2):147-53.
13. Kittisiam T, Werawatakul Y, Nanagara R, Wantha O. Low prevalence of contraceptive counseling at Srinagarind hospital, Thailand among women of reproductive age with systemic lupus erythematosus. *Reprod Health*. 2013;10:21.
14. Chabbert-Buffet N, Amoura Z, Scarabin PY, Frances C, Lévy DP, Galicier L, et al. Pregnane progestin contraception in systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of 187 patients. *Contraception*. 2011;83(3):229-37.
15. Choojitaram K, Verasertniyom O, Totemchokchayakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol*. 2008;27(3):345-51.
16. Whitelaw DA, Jessop SJ. Major flares in women with SLE on combined oral contraception. *Clin Rheumatol*. 2007;26(12):2163-5.
17. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossman J, Hahn BH, Sammaritano LR, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353(24):2550-8.
18. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2539-49.
19. Chopra N, Koren S, Greer WL, Fortin PR, Rauch J, Fortin I, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 2002;29(8):1683-8.
20. World Health Organization (WHO). Medical Eligibility for Contraceptive Use (4th edn). 2010. [cited 2014 Jul 5]. Available from: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf)>
21. Ekblom-Kullberg S, Kautiainen H, Alha P, Helve T, Leirisalo-Repo M, Julkunen H. Reproductive health in women with systemic lupus erythematosus compared to population controls. *Scand J Rheumatol*. 2009;38(5):375-80.
22. Clowse ME. Managing contraception and pregnancy in the rheumatologic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(3):373-85.
23. Andreoli L, Fredi M, Nalli C, Reggia R, Lojacono A, Motta M, Tincani A. Pregnancy implications for systemic lupus erythematosus and the antiphospholipid syndrome. *J Autoimmun*. 2012;38(2-3):197-208.
24. Li RH, Gebbie AE, Wong RW, Ng EH, Glasier AF, Ho PC. The use of sex hormones in women with rheumatological diseases. *Hong Kong Med J*. 2011;17(6):487-91.
25. Culwell KR, Curtis KM, Cravioto MC. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2 Pt 1):341-53.
26. Hidalgo-Tenorio C, Jiménez-Alonso J. Contraception in systemic lupus erythematosus. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(1):15-6.
27. Asherson RA, Cervera R, Piette JC, Shoenfeld Y, Espinosa G, Petri MA, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome: clues to the pathogenesis from a series of 80 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:355-77.
28. Erkan D, Cervera R, Asherson RA. Catastrophic anti-phospholipid syndrome: where do we stand? *Arthritis Rheum*. 2003;48(12):3320-7.
29. Herndon EJ, Ziemann M. New contraceptive options. *Am Fam Physician*. 2004;69(4):853-60.
30. Sammaritano LR. Therapy insight: guidelines for selection of contraception in women with rheumatic diseases. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007;3(5):273-81; quiz 305-6.